Ein Fall

von

Fibro-Myxom

des rechten Labium maius.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der gesamten Medizin

der

K. Bayerischen Friedrich-Alexanders-Universität Erlangen

vorgelegt von

Leopold Bindemann

cand. med.

aus Nordhausen bei Vietnitz in der Neumark.

ERLANGEN.

K. b. Hof- und Univ.-Buchdruckerei von Fr. Junge (Junge & Sohn).

1894.

Referent: Herr Professor Frommel.

Seinem lieben Vater in Dankbarkeit gewidmet

vom Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535711_0151

Da Myxome beim Menschen verhältnismässig selten auftreten und in der Litteratur nur wenig Fälle eingehender beschrieben sind, so ist es wohl angebracht, bevor ich zur Erörterung des mir vorliegenden Krankheitsfalles übergehe, im allgemeinen die Art und Beschaffenheit der Myxome anzugeben.

Schon im vorigen Jahrhundert wurde von einer Reihe von Schriftstellern der Name „Schleimgewebe“ als Ausdruck für die weicheren Bindegewebsmassen überhaupt gebraucht; und man fasste diese Geschwülste teils als Abart des Bindegewebes, teils als nicht vollkommen ausgebildetes junges Bindegewebe auf; und man gab ihnen Namen wie Colloid- (nach Laënec) oder Gallertgeschwülste (nach Joh. Müller).

Erst Virchow stellte Anfang der sechsziger Jahre nach eingehenden Untersuchungen die besonderen Eigentümlichkeiten solcher Tumoren genau fest und führte für sie den jetzt allgemein anerkannten Namen „Myxome“ ein.

Klebs sagt in seiner Allgemeinen Pathologie (II. Teil p. 684):

„Das Myxom erscheint als eine weit verbreitete, so viele charakteristische Eigenschaften darbietende Geschwulst, dass es sicherlich nicht gerechtfertigt ist, dasselbe aus der Reihe selbstständiger Geschwulstformen zu streichen und als eine zufällige ödematöse Entartung beliebiger anderer Neubildungen zu bezeichnen.

Das physiologische Prototyp des Myxoms und damit seine Trennung von ähnlichen Geschwülsten fand Virchow

in dem sogenannten Schleimgewebe „einem sowohl dem Binde- als dem Fettgewebe nahe verwandten Gliede der Bindesubstanzreihe“.

Das Schleimgewebe ist ausserordentlich verbreitet bei den niederen Tieren, es kommt reichlich vor bei dem menschlichen Embryo, denn das ganze Unterhautzellgewebe ist ursprünglich ein Unterhautschleimgewebe. Die Wharton'sche Sulze oder Gallerte des Nabelstranges besteht aus einer starken Anhäufung von Schleimgewebe, welches als subcutanes Polster auftritt und seiner Lage nach dem Unterhautfettgewebe entspricht; es ist demnach hauptsächlich als Vorstufe des Fettgewebes zu bezeichnen.

Zur Zeit der Geburt findet es sich abgesehen von einzelnen Anhäufungen im inneren Herzen merkwürdiger Weise nur im Glaskörper des Auges erhalten, wo es als kleiner, aber trotzdem sehr wichtiger Rest des Schleimgewebes dauernd bestehen bleibt.

Pathologisch tritt nun das Schleimgewebe beim Erwachsenen als Rückbildungsprodukt des Fettgewebes unter verschiedenen Verhältnissen wieder auf. Im höheren Alter kann sich auf diese Weise das Fettmark der Röhrenknochen in Schleimgewebe umwandeln, ebenso das Nierenfettpolster bei allgemeiner Abmagerung und das subperikardiale Fett an der Oberfläche des Herzens.

Bezüglich der Häufigkeit des Vorkommens einer schleimigen Geschwulstbildung giebt Virchow an, dass sie am häufigsten an solchen Stellen gesehen wird, wo grössere Fettlager oder sehr lockere Bindegewebsmassen präexistieren; namentlich an dem Oberschenkel, am Rücken, an der Hand und an den Wangen. Man hat auch Myxome am Knie, im Unterleib, an Clitoris und Nymphen, am Hals, am Darm und an den Nerven etc. beobachtet, doch sind noch nicht viele derartige Fälle in der Litteratur veröffentlicht.

Nicht zu verwundern ist, dass mehrere Fälle konstatiert worden sind, in welchen von der Nabelgegend oder vom Nabel selbst Myxome ausgingen. Es müssen hier offenbar Reste des Schleimgewebes beim Absterben des Nabelstranges zurückgeblieben sein, und diese müssen den Boden für die Geschwulst geliefert haben.

Was nun das makroskopische, grob anatomische Bild eines Myxoms und zwar eines reinen Myxoms betrifft, so gleichen die Geschwülste äusserlich meist sehr den Lipomen. Die Konsistenz ist fast immer äusserst weich, ja es wird oft beim Bestasten deutlich das Gefühl der Fluctuation vorgetäuscht. Sie können wie die Lipome eine recht beträchtliche Grösse erreichen bis Mannskopfgrösse, ja bis doppelte Mannskopfgrösse. Meistens haben sie einen grosslappigen Bau. Schneidet man sie an, so entleert sich auf Druck ein klebriger Saft, das Mucin. Dieser für die Myxome ganz besonders charakteristische Schleim ist fadenziehend wie gewöhnlicher Schleim oder wie Hühnereiweiss, und entweder ganz farblos oder leicht gelblich gefärbt. Das Mucin gerinnt auf Zusatz von Alkohol in Form von Fäden oder Membranen; erstere bilden dann ein feines, durchsichtiges Maschennetz. Durch diese Form der Gerinnung ist das Mucin deutlich vom Eiweiss zu unterscheiden, dessen Niederschläge körnig oder flockig sind. Die Substanz des Schleimgewebes lässt sich ferner leicht durch den Zusatz organischer Säuren in derselben Form fällen. Setzt man jedoch die Säuren zu reichlich zu, so lösen sich die gefällten Substanzen wieder auf.

Was den mikroskopischen Befund bei einem Myxom anbelangt, so sieht man in der Intercellularsubstanz zellige Elemente in verschiedener Menge. Man unterscheidet hauptsächlich zwei Arten von Zellen. Die eine Art ist charakterisiert durch die runde Form der in der

mucinhaltigen Grundsubstanz eingelagerten Zellen; solche finden sich zum Beispiel im Glaskörper des Auges. Die andere Art zeigt mehr spindel- oder sternförmige Gestaltung, hierbei hängen die einzelnen Zellen meist durch lange Fortsätze zusammen. Virchow behauptet, dass desto mehr runde Zellen vorhanden sind, je jünger das Gewebe ist. Je älter es wird, desto mehr überwiegen die stern- und spindelförmigen Elemente, in deren Maschenwerk man fast stets noch vereinzelte runde Zellen nachweisen kann.

Das Myxom tritt nun selten in ganz typischer, reiner Form auf, häufig zeigt es einige Abweichungen, oft ist es mit anderen Geschwulstformen kombiniert.

Man spricht von einem Myxoma hyalinum sive gelatinosum, wenn die zelligen Elemente in geringer Zahl auftreten, so dass das ganze Gewebe eine klare, durchscheinende Beschaffenheit erhält.

Im Gegensatz dazu bezeichnet man als Myxoma medullare eine Schleimgewebsgeschwulst, bei der die Zellen besonders zahlreich vertreten sind. Die Substanz wird dann weisslich, ja erhält oft ein markiges, medulläres Aussehen.

Dass oft eine Kombination des reinen Myxom mit der Fettgewebsgeschwulst, dem Lipom, stattfindet, ist nach dem weiter oben Gesagten durchaus erklärlich. Es nimmt in diesem Falle die immer noch gallertige Zwischensubstanz Fettzellen auf; es bekommt dann die Schnittfläche ein fleckiges, gesprenkeltes Aussehen oder einen gelblichen Farbenton. Man nennt diese Art Myxoma lipomatodes.

In anderen, nicht gar seltenen Fällen wird die Intercellularsubstanz so weich und beweglich, dass das Gewebe wie eine reine Flüssigkeit erscheint, und man eine Cyste vor sich zu haben glaubt. Es ist auch bei dieser

Myxoma cystoides genannten Form oft ein grösserer Teil der Zellen zu Grunde gegangen und dann Verflüssigung eingetreten.

Man spricht von einem Myxoma fibrosum oder einem Fibro myxom, wenn die Intercellularsubstanz strichweise oder in ganzen Abschnitten reicher an faserigen Bestandteilen wird, welche ihrerseits wieder elastische Fasern enthalten können. Auf diese Weise entstehen derbe, fibröse Maschennetze, die mehr und mehr den habitus des Bindegewebes annehmen.

Wieder in anderen Formen finden wir Übergänge zu knorpelartigen Strukturen, wo die Grundsubstanz sich verdichtet, die Zellen sich einkapseln und das Ganze mehr ein enchondromatöses Aussehen zeigt. Das ist das Myxoma cartilagineum.

Schliesslich ist noch das Myxoma telangiectodes zu erwähnen, bei welchem der Tumor von reichlichen Gefässen durchzogen ist, die zuweilen sehr weit sind und geradezu eine telangiectatische Beschaffenheit annehmen können.

Um noch kurz die prognostischen Verhältnisse und die Frage der Metastasenbildung beim Myxom zu streifen, so geben fast alle Autoren an, dass dieselben recht günstig liegen. Es können ja bedeutende Beschwerden durch die Grösse des Tumors und durch den von ihm auf andere Organe ausgeübten Druck hervorgerufen werden, aber nach Anwendung der in diesen Fällen einzig richtigen Therapie, nach Exstirpation des Tumors sind diese Leiden gehoben und das Leben ist in keiner Weise gefährdet. Gelingt es, wie dies meist der Fall sein soll, die Geschwulst vollständig zu entfernen, besonders wenn Stilbildung, wie es ab und zu beobachtet ist, und scharfe Abgrenzung gegen die umgebenden Schichten vorhanden ist, so sind wohl Rezidive vollständig ausgeschlossen.

Dass dies in dem von mir gleich zu beschreibendem Falle leider unmöglich war, und die Gefahr eines Rezidives eine sehr grosse ist, werden wir weiter unten sehen. Was die Frage der Metastasenbildung anbelangt, so sind hier einige Fälle verzeichnet, bei denen in den verschiedensten Organen Myxomknoten gefunden wurden. Ob man dieselben aber wirklich als Metastasenbildung auffassen darf, ist sehr unsicher. Vielleicht handelt es sich um eine Prädisposition mit allgemeiner myxomatöser Erkrankung. Man könnte es sich so vorstellen, dass Keime des embryonalen Schleimgewebes in den einzelnen Organen zurückgehalten worden sind.

Ich gehe nun zur Erörterung des mir vorliegenden Krankheitsfalles über, der sich, wie wir nachher sehen werden, als ein Fibro-Myxom des rechten Labium maius herausgestellt hat.

Krankengeschichte:

Bauer, Margarete, Altsitzersfrau, 49 Jahre alt. Sie ist seit circa 10 Jahren verheiratet. Ihr Vater starb hochbetagt, die Mutter bald nach der Geburt der Patientin. Von schwereren Erkrankungen der sechs Geschwister der Patientin kann nichts eruiert werden.

Patientin will als Kind nie krank gewesen sein, später litt sie öfters an Kopf- und Kreuzschmerzen, „die nach einiger Zeit aufgingen".

Die erste Regel bekam sie mit 18 Jahren; anfangs waren die Menses unregelmässig, vom 19. Jahre an regelmässig. Seit der Verheiratung sollen sie stärker aufgetreten sein. Sie hat einmal geboren, das Kind starb im Alter von 9 Wochen. Geburt und Wochenbett verliefen normal.

Den Anfang ihres jetzigen Leidens datiert sie 4 Jahre zurück; es hätten sich damals starke Kreuzschmerzen

eingestellt, die sie bei der Arbeit sehr belästigten. Vor drei Jahren zogen sich die Schmerzen auf den Unterleib, und Patientin bemerkte eine Verdickung an den Geschlechtsteilen, welche immer mehr zunahm. Vor zwei Jahren wandte sich Patientin an eine Hebeamme, die ihr einen Ring einlegte, der aber beim Arbeiten wieder herausfiel. Von der Zeit an will Patientin ein rascheres Wachstum der Geschwulst bemerkt haben. Vor einer Woche ging sie zum Arzt, der sie in die hiesige gynäkologische Klinik schickte.

Ihre Aufnahme fand hier am 11. 11. 93 statt.

Status praesens:

Mittelgrosse, kräftig gebaute Frau, von ziemlich gutem Ernährungszustande und gesunder Hautfarbe.

An Lungen und Herz kein abnormer Befund.

Brüste mittelgross, stark glänzend. Fettpolster sehr gering, Drüsensubstanz mässig entwickelt. Warzenhof blassrosa, Warze prominent.

Bauchdecken ziemlich schlaff. An mehreren Stellen alte Striae. Nabel eingezogen, keine Pigmentierung. Leistendrüsen rechts etwas geschwollen.

Zwischen den Oberschenkeln eine fast 2 mannskopfgrosse Geschwulst, welche die Haut des rechten Labium maius enorm ausgedehnt hat, ebenso die rechte Scheidenwand, so dass dieselbe fast in ganzer Ausdehnung vor den äusseren Genitalien sichtbar geworden ist. Ausserdem erstreckt sich der Tumor auf die rechte Seite der Nates, und auch hier hat sich die Haut enorm ausgedehnt.

Die Scheide ist mässig weit und lang.

Die Portio uteri ist ohne Narkose wegen des grossen vorliegenden Tumors nicht zu erreichen, eine bimanuelle Untersuchung ist unmöglich.

Der Perkussionsschall ist auf der Geschwulst überall gedämpft. Der Leistenkanal ist beiderseits leer.

Am 16. 11. 93. wurde die Patientin in der Klinik vorgestellt und nach genauer Untersuchung die Diagnose auf Lipom des rechten Labium maius gestellt.

Da die Grösse des Tumors die Patientin stark belästigte und das Gehen ausserordentlich erschwerte, so entschloss sich Herr Professor Frommel zur Operation, zumal es die Patientin auch dringend wünschte, von der Geschwulst befreit zu werden.

Die Operation wurde am 17. 11. 93. in Chloroformnarkose vorgenommen.

Es wird zuerst ein Schnitt über den Tumor in seiner ganzen Länge in sagittaler Richtung geführt, wobei nur die Haut durchtrennt wird. Darauf versucht man den Tumor durch stumpfe Ablösung mittels des Fingers herauszupräparieren. Dies gelingt jedoch nicht, da man nirgends in eine Schicht kommt, die ein regelmässiges Weiterpräparieren gestattet. Die Geschwulst geht in die sie umgebenden Schichten unmittelbar über. Man muss deshalb auf den Tumor selbst einschneiden, wobei es sich sofort zeigt, dass man es mit einer myxomatösen Geschwulst und nicht mit einem Lipom zu thun hat. Die einzelnen Schnittflächen haben einen grau-weissen Farbenton, die einzelnen herausgenommenen Stücke fühlen sich gallertig, glatt, schlüpfrig an; auch kann man, soweit die Blutung das Bild nicht verwischt, deutlich den abstreifbaren Schleim bemerken. Beim Weiteroperieren zeigt es sich, dass der Tumor ganz durchzogen ist von grösseren und kleineren Blutgefässen, welche, sowie sie angeschnitten sind, zu enormen Blutungen führen. Die Operation wird dadurch bedeutend erschwert, denn nach jedem Schnitt müssen erst die blutenden Gefässe unterbunden, und, wenn das nicht gelingt, umstochen werden. Ein

erneuter Versuch, den Tumor stumpf herauszupräparieren, misslingt wieder, man muss ihn stückweise abtragen. Beim weiteren Herausziehen der Geschwulst ist ein Ausgangspunkt derselben absolut nicht zu entdecken. Infolge des starken Zuges wird die mit dem Tumor innig verwachsene Blase, deren Übergang auf die Geschwulst sich nirgends konstatieren lässt, durch einen etwa 1 ctm. langen Schnitt verletzt, der sofort durch Catgutnähte vereinigt wird. Der Tumor war also auch in das paravesikale und parametrane Bindegewebe übergegangen.

Schliesslich muss ein nicht unbedeutender Stumpf der Geschwulst zurückgelassen werden, da eine Abgrenzung gegen die Beckenorgane in keiner Weise zu eruieren ist und die mit der Blase gemachten Erfahrungen dringend zur Vorsicht mahnen.

Über der weiten Wundhöhle, die sich auch in die Glutaealgegend ziemlich weit nach hinten erstreckt, wird die Haut durch tiefgreifende, zahlreiche Seidennähte mit dazwischen liegenden oberflächlicheren verschlossen. Am unteren Wundwinkel wird eine Stelle unverschlossen gelassen, von dort aus wird die Wundhöhle mit Jodoformgaze ausgestopft, deren Ende zum unteren Wundwinkel herausgeleitet wird. Darauf wird Watte gelegt, darüber ein Gazebindenverband.

18 11. 93. Gegen Abend tritt leichtes Fieber auf, 38,6°. Die Wunde ist äusserlich reaktionslos. Die ziemlich stupide Patientin lässt den Urin ins Bett gehen. Beim Verbandwechsel wird weniger Jodoformgaze eingeschoben. Der Harn enthält etwas Eiweiss. Unter dem Mikroskop findet man im Harn weisse und rote Blutkörperchen. Der weitere Verlauf war der, dass Patientin, welche allen Urin in das Bett gehen liess, täglich einmitunter zweimal verbunden werden musste. Die sehr reichlich Eiter produzierende, sich aber täglich verklei-

nernde Wundhöhle wurde dabei mit Lysollösung ausgegespült und dann mit Jodoformgaze ausgestopft. Der Blaseninhalt war stets trüb und stark eiterhaltig.

Am 10. Tage nach der Operation wurden die Seidennähte herausgenommen. Die Temperatur hatte die ersten 8 Tage zwischen 38° und 39° geschwankt und war dann allmählich zur Norm übergegangen. Von da an tritt kein mal mehr Fieber auf. Die Wunde ist fast gänzlich geschlossen, nur in der obersten Hautschicht sind einzelne kleinere Stellen von einander gewichen. Aus sämmtlichen Nadelstichen entleert sich etwas Eiter.

10. 12. 93. Die Wundhöhle verkleinert sich von Tag zu Tag. Aber immer ist die Eitersekretion noch sehr reichlich. Der Harn ist noch ziemlich trübe. Der Eitergehalt des Harns ist etwas geringer geworden. Schmerzen sind gar nicht mehr vorhanden.

14. 12. 93. Patientin darf aufstehen. Die Wunde ist fast in ganzer Ausdehnung gut vernarbt. Im unteren Teil ist die Narbe ziemlich breit geworden. Im unteren Wundwinkel ist eine kleine, nur spärlich Eiter sezernierende Fistel vorhanden.

26. 12. 93. Patientin wird mit der Weisung entlassen, sich in einigen Wochen wieder vorzustellen. Es soll dann, wenn irgend möglich, durch eine zweite Operation die sich stark an der Vulva hervordrängende rechte Scheidenwand verkleinert werden. Die Inzisionswunde ist bis auf die oben erwähnte kleine Fistel vollständig mit breiten Rändern vernarbt. Es besteht nur noch leichte Cystitis. Völlige Euphorie ist vorhanden, gar keine Beschwerden.

Am 8. 2. 94. erscheint die Patientin wieder in der hiesigen Klinik. Die Wunde ist gut vernarbt, die kleine Fistel hat sich gänzlich verschlossen. Jedoch hat sich ein recht bedeutender Prolaps der rechten Scheidenwand gebildet, welcher der Patientin viel Beschwerden bereitet.

Am 10. 2. 94. wird eine zweite Operation an der Patientin durch den ersten Assistenten der Klinik, Herrn Dr. Beckh, vorgenommen.

Zuerst wird die Blase sondiert, und es zeigt sich, dass sich leider ein ziemlich beträchtlicher Teil der Blase in den Prolaps hinein erstreckt. Es wird nun ein schräger Schnitt über die untere Hälfte des Prolapses gemacht und dann die Scheidenwand Stück für Stück abgetragen. Es gelingt wie bei der ersten Operation nicht, den Rest des Tumors, der schon wieder gewachsen zu sein scheint, von den umgebenden Organen abzugrenzen. Es müssen, um den Prolaps zu verkleinern, einzelne Stücke der Geschwulst, die direkt in die Scheidenwand übergeht, nach einander losgetrennt werden. Die Blutungen sind wieder ganz enorm und können nur durch häufige Umstechungen gestillt werden. Die abgetragenen Abschnitte des Tumors zeigen noch deutlicher wie beim erstenmale das weisse, gallertige Aussehen, sie scheinen beim Anfühlen den Händen zu entgleiten. Es muss wieder ein bedeutender Teil des Tumors zurückgelassen werden, da er vollständig mit der Umgebung verwachsen ist und die Gefahr, bei weiterem Vordringen die Blase anzuschneiden, zu gross ist.

Nachdem reichliche, tiefere und oberflächlichere Nähte angelegt sind, sieht man, dass doch viel durch die Operation erreicht ist. Die Scheide ist ganz bedeutend verkleinert, und so ist ein neuer Prolaps nicht so leicht zu fürchten. Ausserdem ist auch durch die Naht ein ziemlich langer Damm gebildet, während vorher Scheide und Rectum nur durch ein ganz kleines Stück Damm getrennt waren.

Mikroskopische Untersuchung der Geschwulst:

Die Präparate werden in Alkohol gehärtet, in Paraffin eingebettet und mit wässrigem Methylenblau oder mit Alaunkarmin gefärbt.

Man sieht schon bei schwacher Vergrösserung, dass

das ganze Gewebe von ausserordentlich zahlreichen Blutgefässen überall durchzogen ist. Dieselben sind teils im Längs-, teils im Querschnitt getroffen. An einzelnen Stellen liegen wellige Bindegewebsfasern, die mit vielen Kernen besetzt sind. Es ist hier der fibromatöse Charakter entschieden vorherrschend. Dagegen finden sich viele Partien, in welchen die bindegewebigen Elemente ganz in den Hintergrund treten; es zeigt sich hier ein feines Maschenwerk von stern- und spindelförmigen Zellen, die zwei, drei, auch mehr Ausläufer haben, welche sich mit denen der anderen Zellen vereinigen. Auch hier sind überall eine grosse Anzahl von Blutgefässen zu sehen.

In den Präparaten, die nach der zweiten Operation angefertigt wurden, überwiegen bedeutend die myomatösen Partien. Es ist hier gelungen, ganz feine Schnitte anzufertigen, in denen man deutlich das feine Netzwerk der myomatösen Zellen, die mit feinen Kernen besät sind, erkennen kann.

Wenn man nun die Ergebnisse der makroskopischen und der mikroskopischen Untersuchung zusammenfasst, so ist es wohl kein Zweifel mehr, dass die Diagnose Fibro-Myxom oder vielleicht nach den letzten Ergebnissen Mixofibrom die richtige ist. Dass vor der Operation bei der Untersuchung, die nur eine äusserliche sein konnte, Lipom diagnostiziert wurde, ist bei der Ähnlichkeit und Verwandtschaft beider Geschwulstformen gar nicht zu verwundern, zumal da das Auftreten der Lipome bei weitem häufiger ist als das der Myxofibrome.

Was unseren Fall zu einem besonders schwierigen machte, ist das schon mehrfach erwähnte Verwachsensein der Geschwulst mit den umliegenden Organen. Das Operationsfeld verlor dadurch bedeutend an Übersichtlichkeit und Klarheit. In den mir zu Gebote stehenden Fällen wird die Operation, d. h. die Entfernung eines Myxoms,

resp. eines Myxofibroms als so leicht und einfach geschildert, als ob es fast stets gelingen müsste, den Tumor wie ein Atherom aus der ihn umgebenden Schicht herauszuschälen.

In meinem Falle konnte, wie schon angegeben, nicht einmal das Messer die Geschwulst entfernen, man konnte bei jedem einzelnen Schnitte gar nicht sagen, ob man noch im Tumor oder schon im normalen Gewebe sei.

Dass die so ausserordentlich starken Blutungen die ganze Operation bedeutend erschwerten, liegt ja auf der Hand.

Der Gefässreichtum der Geschwulst hat aber noch eine andere Bedeutung. Es mussten, wie gesagt, bedeutende Reste des Tumors zurückgelassen werden, und es ist leicht einzusehen, dass Gewebe, die von so vielen Arterien mit Blut versorgt werden, eher Neigung haben, weiter zu wachsen, sich weiter auszudehnen als gefässarme Partien. Es wird dadurch die Prognose quoad vitam nicht getrübt, denn eine Metastasenbildung und Erkrankung anderer Organe ist hier wohl auszuschliessen, nachdem die Geschwulst schon so lange bestanden hat, ohne anderswo krankhafte Symptome hervorzurufen. Wohl aber ist zu befürchten, dass durch Wachstum des Tumorrestes die Patientin bald wieder belästigt und gezwungen werden wird, sich zu einer weiteren Operation zu entschliessen.

Dass auch eine dritte Operation die Geschwulst nicht wird völlig beseitigen können, braucht nach dem bisher Erörterten nicht weiter erklärt zu werden.

Es sei mir nun gestattet, aus der mir zu Gebote stehenden Literatur einige hier einschlägige Fälle von Myxomen resp. Myxofibromen anzugeben.

Braun s, Wiesbaden, beschreibt im Centralblatt für Gynäkologie, Jahrgang 1883 p. 213, einen Fall von reinem Myxom am Labium maius. Derselbe sei ausser-

ordentlich leicht zu operieren gewesen und habe nie zu einem Rezidive geführt.

In demselben Blatte, Jahrg. 1884, beschreibt Lühe, Demmin, ein Myxofibrom der Vulva als eine Geschwulst von 8 cm Länge, 7 cm Breite und 4 cm Dicke. Dieselbe sass mit fingerdickem Stil am Labium maius. In dem Stil war deutlich die Pulsation einer Arterie zu fühlen. Unter Anlegung einer Klammer wurde die Geschwulst abgetragen, ein Lappen gebildet und die Arterie unterbunden Epidermis dick, normale Papillen, ohne Haare und Drüsen, dann Bindegewebe mit verschiedenartigen Zellen, welche nach innen zu an Menge zunehmen, so dass schliesslich nur ein Maschenwerk zwischen ihnen übrig bleibt. Heilung trat per primam intentionem ein.

Obgleich es nicht in den direkten Bereich der Gynäkologie gehört, möchte ich hier einen interessanten Fall von Fibro-Myxom des Darmes anfügen, der in einer Inaugural-Dissertation von Gottfried Rubli zu Würzburg 1891 veröffentlicht ist.

Eine 19jährige Bauerstochter tritt im April 1887 in die medizinische Abteilung des Würzburger Juliusspital ein. Sie klagt seit einem Jahr über heftige Schmerzen in der Nabelgegend, die fast täglich mehrmals auftreten und nur $^1/_2$—1 Stunde dauern. Bei den Schmerzanfällen will sie öfters Erbrechen gehabt haben.

Die Untersuchung ergiebt in der rechten Unterbauchgegend zwischen spina ilei anterior und Nabel einen rundlichen Tumor von mässig fester Konsistenz, der auf Druck empfindlich und leicht verschieblich ist. Bei der bimanuellen Untersuchung von der Scheide aus fühlt man im rechten Scheidengewölbe eine derbe Geschwulst, die mit der von aussen fühlbaren identisch ist.

Die Patientin hat dauernd leichtes Fieber, muss sich

öfters übergeben und klagt über Stechen und grosse Völle im Leibe, welcher sich auch sichtlich auftreibt.

Nach zehntägigem Aufenthalt in der Klinik schreitet Professor Schönborn zur Laparotomie. Der etwa nierengrosse, an der Foecalgegend sitzende Tumor, der mit mehreren Dünndarmschlingen verwachsen ist, wird gelöst und abgetrennt. Der Darm wird genäht und gleich nachher die Gussenbauer'schen Klammern abgenommen. Schliesslich wird die Bauchwunde durch Nähte verschlossen.

In den nächsten Tagen nach der Operation treten heftige Schmerzen im Leibe auf und trotz Opium und Excitantien erfolgt am dritten Tage nach der Operation unter Kollapserscheinungen der exitus letalis.

Die Sektion ergiebt eine völlige Achsendrehung eines ganzen Dünndarmpacketes; die stark gerötete Serosa ist mit eitrigem Exsudat bedeckt. Der exstirpierte Tumor hat die Form einer Niere. Seine Längsrichtung fällt mit der des Darmes zusammen. An seiner Konkavität hängt er bis zur Hälfte fest mit der Darmwandung zusammen. Schneidet man von der Serosa aus auf den Tumor ein, so kommt man direkt auf Tumormassen. Der Tumor zeigt an seiner Oberfläche verschiedene Erhabenheiten, die den einzelnen Lappen, aus denen er zusammengesetzt ist, entsprechen. Schneidet man ihn an, so zeigt er sich von gleichmässig elastischer Konsistenz, an manchen Stellen ist er ziemlich hart; kleinere abgeschnittene Scheiben zeigen aber eine glasige, zitternde, fast durchscheinende Beschaffenheit. Bei näherem Zusehen erblickt man einige feine radiär verlaufende Streifen.

Die mikroskopischen Präparate zeigen ein spezifisches Tumorgewebe, welches an Stelle der Submucosa liegt, also zwischen der Muscularis des Darmes und der Muscularis der Mucosa Auch hier dringt das Tumorgewebe

zwischen die Gewebe der Muscularis und ist stellenweise innig mit ihnen verschmolzen.

Das eigentliche Darmlumen ist nur wenig verengt, so dass die Defäkation ohne grosse Schwierigkeiten vor sich gehen konnte und nie Erscheinungen von Ileus aufgetreten sind. Die heftigen Schmerzen sind wohl durch eine Dehnung der Schleimhaut zu erklären, die mit dem Wachstum des Tumors immer mehr zunahm.

Nach dem ganzen Befunde und nach dem Wesen der Geschwulst, die entschieden keinen malignen Charakter trug, hätte man annehmen dürfen, dass die Prognose eine günstige hätte sein dürfen; doch ist wohl zu erwägen, dass gewisse Schleimgeschwülste, namentlich die des Nervensystems und gewiss auch die des Darmes eine erhebliche Gefahr für die Träger bieten, und es liegt diese Gefährlichkeit zwar nicht in der Natur, wohl aber im Sitze des Tumors.

Im Anschluss hieran seien zuletzt zwei Fälle von Neuromyxom und Myxom der Sehnenscheide erwähnt, welche durch die Operation vollständig entfernt werden konnten und zu keinen Rezidiven Veranlassung gaben. Diese Fälle beschreibt der prakt. Arzt Reinhold Dumrath in einer Dissertationsarbeit zu Würzburg 1886.

Es handelt sich in dem ersten Falle um eine 36 Jahre alte Köchin, die sich im Juli 1886 in die Klinik von Würzburg aufnehmen liess. Die Klagen der Patientin beziehen sich auf eine Geschwulst im oberen hinteren Teile des rechten Oberschenkels, welche vor ungefähr $3^1/_2$ Jahren zuerst beobachtet sein soll. Sie war damals von Wallnussgrösse, bereitete kaum Schmerzen und hinderte auch sonst sehr wenig am Gehen und Arbeiten. Vor einem Jahre machte Patientin ein schweres Wochenbett durch, in Folge dessen sie 6 Wochen zu Bett liegen musste. Durch dieses Liegen soll die Geschwulst die

Grösse eines Kindskopfes erreicht haben, die Haut soll gerötet gewesen und in der Tiefe der Geschwulst heftiges Schmerzgefühl aufgetreten sein. Nach dem Verlassen des Bettes hat die Geschwulst dann rasch wieder abgenommen, ebenso verschwanden auch mehr und mehr die heftigen Schmerzen. Weil aber in der letzten Zeit ein zwar mässiges, aber stetes Wachstum des Tumors wahrgenommen wurde, entschloss sich Patientin auf Anraten ihres Arztes zur Operation.

Da die Haut nicht mit der Geschwulst verwachsen ist, so wird ein einfacher Längsschnitt über die grösste Länge derselben im ungefähren Verlaufe des nervus ischiadicus gemacht. Die Isolierung des Tumors gelingt ziemlich leicht, teils durch stumpfe, teils durch scharfe Ablösung. Nur mit der Scheide des Ischiadicus ist die Verbindung ziemlich fest und die Abtrennung mühevoller und schwieriger. Nachdem der Tumor gelöst ist, wird die Wunde verschlossen und ein Verband angelegt. Es tritt vollständige Heilung per primam intentionem ein.

Der exstirpierte Tumor zeigt auf dem Durchschnitte die bekannte Struktur des Myxoms. Auf Zusatz von Essigsäure bilden sich Mucinniederschläge. Es ist dies also ein Neuromyxom.

Der zweite Fall betrifft einen 69 Jahre alten Ökonom, der im Mai 1886 in die chirurgische Klinik zu Würzburg eintrat. Der Mann ist von ziemlich kräftigem Körperbau und gut genährt. Krankheiten hat er wenig durchgemacht, und es lässt sich bei der genaueren physikalischen Untersuchung der inneren Organe auch nichts Pathologisches nachweisen. Auf der Dorsalfläche des linken Fusses zeigt sich eine ulcerierende Fläche von der ungefähren Grösse eines Markstückes; die Eiterabsonderung ist nur spärlich. Dieses ulcus bildet ungefähr die Kuppe einer circa faustgrossen Anschwellung, über welcher die be-

deckende Haut livid verfärbt, sugilliert und ödematös infiltriert ist. Die Geschwulst ist in weiter Ausdehnung mit der Haut des Fussrückens verwachsen, da dieselbe nur sehr wenig verschiebbar ist. Die Dauer der Erkrankung beläuft sich nach Aussage des Patienten auf ungefähr 6—7 Jahre. Als sie anfing, dem etwas indolenten Patienten Beschwerde zu machen, hatte die Geschwulst bereits die Grösse einer halben Nuss erreicht. Da sie aber keine bedeutenden Schmerzen verursachte und auch nur äusserst langsam zu wachsen schien, wurden therapeutische Massnahmen, mit Ausnahme bekannter Hausmittel, nicht vorgenommen. Erst in der letzten Zeit soll der Tumor sehr rasch gewachsen sein, so dass er schliesslich den Patienten am Gehen hinderte, ja letzteres am Ende unmöglich machte. Dieses und die allmählich auftretenden heftigeren Schmerzen bewogen den Kranken, sich in die Klinik aufnehmen zu lassen.

Die Diagnose musste in dubio gelassen werden, da keine fixen Anhaltspunkte für die genaue Art des Tumors gegeben waren. Die einzuschlagende Therapie war natürlich vorgezeichnet, sie konnte nur bestehen in der Entfernung der Geschwulst behufs Restitution des Gehvermögens und Aufheben der Schmerzen.

Die Operation wurde so gemacht, dass ein grosses Stück Haut, welches fest mit der Geschwulst verwachsen war, excidiert wurde. Letztere selber liess sich in den oberflächlichen Partien ziemlich gut, in den tieferen Schichten aber desto schwerer von den umgebenden Geweben isolieren, da sie von lappigem Bau und sehr weich war und tiefer zwischen die einzelnen Gewebspartien eindrang, mit denen sie verwachsen war. Am festesten war die Verwachsung mit der Sehne des extensor communis; die Sehne war dem Augenschein nach völlig in die Geschwulst aufgegangen. Von einer Isolierung der-

selben musste somit Abstand genommen werden; es blieb nichts anderes übrig, als oberhalb und unterhalb die Sehne zu durchtrennen, um den ganzen Tumor exstirpieren zu können. Eine Vereinigung der Wundränder war nur im oberen centralen Teile möglich, während der nötig gewordene grosse Hautdefekt im peripherischen Abschnitte eine Vereinigung der Ränder nicht zuliess. Der obere vernähte Teil heilte gut per primam, der untere durch Granulation; nur stiess sich ab und zu eine kleine Partie der Wundränder nekrotisch ab. Das Resultat der Behandlung muss ein sehr gutes genannt werden, da die Schmerzen gänzlich verschwunden waren und volle Gebrauchsfähigkeit der Extremität eintrat. Der Patient konnte $3^1/_2$ Wochen nach der Operation als völlig geheilt entlassen werden.

Der exstirpierte Tumor zeigte einen lappigen Bau, die Konsistenz war weich elastisch, beinah fluktuierend. Beim Durchschneiden quoll eine weiche, gelatinöse Masse heraus, welche die bekannte Mucinreaktion gab.

Makroskopisch betrachtet zeigte die Geschwulst eine gewisse alveoläre Anordnung; bindegewebige Septa durchzogen dieselbe, und eingeschlossen von diesen lagen die weichen, durchscheinenden, schleimigen Massen. Es kann somit kein Zweifel bestehen, dass man es hier mit einem Myxom der Sehne und Sehnenscheide zu thun hatte. Die Sehne war so vollständig in die Geschwulst aufgegangen, dass man ihren Verlauf innerhalb derselben nicht mehr verfolgen konnte.

Ziehen wir nun ein Facit aus den bei den 6 Fällen gemachten Beobachtungen, so muss man zugeben, dass es recht schwer ist, durch eine äussere Untersuchung Myxome oder Fibro-Myxome mit einiger Sicherheit zu diagnostizieren. Da aber die möglichen Verwechselungen mit Lipom und auch mit Fibrom bezüglich der Therapie

keine schädlichen Folgen haben können, so ist dies von keiner grossen praktischen Bedeutung. Man muss nur erkannt haben, dass es sich um eine Geschwulst gutartigen Charakters handelt, und man muss es sich zur Regel machen, in solchen Fällen nicht eher zur Operation zu schreiten, als bis durch den Tumor bedeutende Beschwerden hervorgerufen werden.

Wenn wir uns fragen, warum von den 6 beschriebenen Fällen der eine letal endete, der andere ein Wiederwachsen der Geschwulst in ziemlich sichere Aussicht stellt, während die 4 anderen nach einer zum Teil leichten, zum Teil nicht allzuschweren Operation eine durchaus günstige Prognose bieten, so müssen wir uns sagen, dass, wenn auch die Myxome und Myxofibrome zu den gutartigen Geschwülsten gehören, sie erstens durch ihren Sitz, zweitens durch ihre enge Verwachsung mit den umliegenden Organen und drittens durch ihren Gefässreichtum zu schweren Operationen führen können, bei denen eventuell eine vollständige Entfernung der Geschwulst überhaupt nicht möglich ist.

Nach Beendigung dieser Arbeit wurde in der hiesigen Klinik noch ein Krankheitsfall vorgestellt, der sich dem oben Besprochenen eng anreiht und hier noch kurz Erwähnung finden mag.

Krankengeschichte: Dötsch, Margarete, Ökonomenfrau, 33 Jahre alt. Hereditär nicht belastet. Sie hat 7 Entbindungen durchgemacht, die leicht verlaufen sind. Seit der letzten Geburt 1892 hat Patientin nicht mehr menstruiert. Seit jener Zeit bemerkte sie an den Geschlechtsteilen eine kleine Geschwulst, die anfangs langsam wuchs, im letzten Winter sich aber rasch vergrösserte. Patientin hatte bis vor einigen Monaten gar keine Beschwerden, erst in der letzten Zeit machte die Grösse der Geschwulst Unbequemlichkeiten.

Status praesens. Mittelgrosse, ziemlich kräftige Frau mit blasser Hautfarbe. Herz und Lungen normal. Brüste klein, hängend, wenig fettreich, Drüsensubstanz gut entwickelt. Bauchdecken zeigen reichliche alte Striae, Nabel prominent; Leistendrüsen nicht geschwollen.

Zwischen den Schenkeln hängt eine kolossale, etwa 2 Mannskopf grosse Geschwulst von annähernd eiförmiger Gestalt, welche vom linken Labium maius auszugehen scheint, beziehungsweise dasselbe vor sich hergetrieben hat. Der Tumor ist nach allen Seiten hin abgrenzbar, sein breiter Stil enthält offenbar keine Tumormassen mehr. Konsistenz ziemlich derb und solid, eine Lappenbildung ist nicht zu erkennen.

Die Scheide, deren linke Wand etwas durch den Tumor vorgezogen ist, ist ziemlich weit und glatt. Die Portio uteri ist sehr kurz, eine vordere Lippe ist fast garnicht vorhanden.

Am 26. 2. wurde bei der klinischen Vorstellung die Diagnose „Lipom am linken labium maius“ gestellt.

Am 28. 2. wird durch Herrn Professor Frommel die Operation vorgenommen. Es wird auf der Mitte des Schamberges mit dem Schnitt begonnen, derselbe wird zuerst etwas nach aussen, dann nach abwärts geführt. Die durchtrennte Haut wird nach Ablösung des Tumors mit Seidenknopfnähten geschlossen.

Der Tumor geht ohne deutliche Grenze diffus in die Umgebung über, so dass Reste desselben zurückgelassen werden müssen.

Die Schnittflächen bieten ein gallertiges, fast fluktuierendes Aussehen; das Gewebe ist so durchfeuchtet, dass sich förmlich Flüssigkeit aus demselben herauspressen lässt.

Die mikroskopischen Untersuchungen ergeben denselben Befund wie bei dem oben beschriebenen Fall

„Bauer“, es handelt sich wieder um ein Fibromyxom. Doch sind ab und zu einige Fetttropfen in die Gewebsubstanz eingelagert.

Die Heilung erfolgte ohne weitere Komplikationen.

Die Prognose dürfte wieder quoad vitam günstig sein, doch ist entschieden ein Rezidiv zu befürchten.

Dass eine Verwechslung mit Lipom leicht möglich war, haben wir schon besprochen.

Am Schlusse der Arbeit erfülle ich gern die angenehme Pflicht, meinem verehrten Lehrer Herrn Professor Frommel für Überlassung des Materials, sowie den Assistenten der Frauenklinik Herrn Doktor Beckh und Herrn Doktor Schmid für gütigst erteilte Ratschläge meinen wärmsten Dank auszusprechen.